**令和７年度 ノーリフティングケア体験研修　申込書**

　令和７年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **管理者氏名** |  | **事業所種別** |  |
| **フリガナ** |  |
| **担当者氏名** |  |
| **連絡先** | 〒　　　　－ |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |
| **受講日程****【第１希望】** | 月 | 曜日 | 時間帯 | 受講予定人数 |
| 　　　　　　月 |  |  | 約　　　名 |
| **受講日程****【第２希望】** | 月 | 曜日 | 時間帯 | 受講予定人数 |
| 　　　　　　月 |  |  | 約　　　名 |
| **質問事項** |  |

※日程は、必ずしもご希望に添えるとは限りません。申込後、個別に相談します。

※可能な限り多くの職員の方が参加できる日程をご記入ください。関連施設職員の方にご参加いただくことも可能です。

送信先　愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　長寿推進課（担当：河野・森田・野本）

Ｅメール　chouju＠ehime-shakyo.or.jp

ＦＡＸ　０８９－９２１－３３９８（※送信紙は不要です）

|  |
| --- |
| 申込締切：令和７年５月９日（金） |